

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

62

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PRÉVOST

Né à La Roche-sur-Yon, le 27 février 1884

DES

LÉSIONS BUCCALES

DE L'HYDROA

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1910

62

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553016_0041

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre PRÉVOST

Né à La Roche-sur-Yon, le 27 février 1884

DES

LÉSIONS BUCCALES

DE L'HYDROA



Président : M. GAUCHER, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
Clinique médicale.	HAYEM
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
Clinique chirurgicale.	DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES

LES DOCTEURS DAYOT ET LEMONIET

Professeurs de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes

LES DOCTEURS BERTHEUX ET FOLLET

Professeurs de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Rennes

LE DOCTEUR BODIN

Professeur à l'École de Médecine de Rennes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DES LÉSIONS BUCCALES

DE L'HYDROA

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

On désigne, depuis Hébra, sous le nom d'érythème polymorphe, un syndrome caractérisé par l'apparition, en certains points du corps, de macules, de papules plus ou moins volumineuses, de vésicules et de bulles.

Si tous les auteurs sont d'accord en disant qu'au point de vue anatomique l'érythème polymorphe est essentiellement caractérisé par de la dilatation capillaire avec diapédèse et œdème, provoquée par une irritation pathogène, ayant pour intermédiaire le système nerveux, il n'en est point de même quand il s'agit de déterminer la nature de l'agent morbide provocateur de la lésion cutanée.

Pour les uns, en particulier pour le professeur

Gaucher, l'érythème polymorphe doit être considéré comme une affection rhumatismale. Cette opinion est fondée sur la coexistence d'arthropathies, de complications cardiaques et pleurales, que l'on observe fréquemment dans le cours de l'érythème polymorphe.

Pour les autres, l'érythème est une maladie infectieuse spéciale.

Pour Panichi, l'érythème polymorphe est l'expression morbide d'une intoxication de l'organisme, produite soit par des substances toxiques introduites du dehors (aliments, médicaments), soit d'origine endogène (insuffisance de l'élimination de produits de désassimilation), soit par des micro-organismes provenant du dehors et se développant dans l'organisme (influenza, pyohémie). Il faut, pour que ces causes provoquent des manifestations se rapprochant d'un type unique, une disposition individuelle et un mécanisme pathogénique identique, consistant en une action angio-neurotique.

L'érythème polymorphe est surtout une affection de l'âge adulte à l'exception de l'érythème noueux, qui est plus fréquent chez les enfants et de l'érythème marginé qui serait plus commun chez les vieillards. Le sexe féminin paraît constituer une prédisposition notable. Enfin, l'érythème polymorphe s'observe surtout au printemps et à l'automne, ce qui est surtout vrai pour les érythèmes de causes externes décrites par Bazin.

De la définition de Hebra, il est possible de distinguer deux types cliniques assez nets au point de vue

objectif, ce qui peut servir de base à une première grande classification.

1° L'érythème polymorphe, *érythémato-papuleux*, ou forme sèche de Gaucher dans laquelle l'on constate simplement des taches rouges érythémateuses couvertes d'élevures et de papules.

2° L'érythème polymorphe, *vésiculo-bulleux*, ou forme humide de Gaucher qui est constitué par des lésions érythémateuses semblables à celle de la forme précédente; mais sur certaines d'entre elles, il se produit des soulèvements épidermiques réguliers ou non, constituant des vésicules arrondies, polygonales, anguleuses, des bulles ou bien primitives ou bien résultant de la confluence de plusieurs vésicules.

Les lésions de l'érythème polymorphe sous toutes ses formes, ont leur siège de prédilection qui sont : les poignets, la face dorsale des mains, des doigts, des coudes ; les genoux, les plis articulaires. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles envahissent les muqueuses labiale, linguale, buccale, pharyngée et même nasale et cela soit secondairement, soit primitivement.

La dermatose prend alors une physionomie spéciale, se montre par des manifestations particulières, qui augmentent quelquefois les difficultés du diagnostic et entraînent le médecin dans des erreurs regrettables. Ce sont précisément ces localisations buccales de l'érythème polymorphe que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

L'hydroa, d'après la définition de Quinquand, est une maladie vésiculo-bulleuse à lésion unique non polymorphe, à évolution rapide, toujours bénigne, à récidives rares, siégeant ordinairement sur les téguments externes mais aussi pouvant occuper les muqueuses.

J. Franck, le premier, parla de cette affection mais la confondit avec l'herpès.

Bazin, ensuite, qui a fort bien décrit l'éruption cutanée, obscurcit son histoire en y ajoutant l'hydroa vacciniforme, lequel n'est le plus souvent qu'un dysidrosis et l'hydroa bulleux qui ordinairement est un pemphigus à petites bulles.

Hebra, Hardy, Kaposi ont mieux compris sa signification en le décrivant à propos de l'érythème polymorphe. Toutefois, ces auteurs le traitent trop en phénomène accessoire.

En outre, ces mêmes observateurs paraissent avoir méconnu ses relations évidentes avec les affections rhumatismales et avoir passé sous silence

les localisations énanthématiques, qui se produisent quelquefois dans le cours de cet état pathologique.

Quinquand, en 1882, en a repris l'étude et fit de l'hydroa une lésion très caractérisée de l'érythème polymorphe. Le premier, il attira spécialement l'attention sur les lésions des muqueuses, assez communes dans l'hydroa.

Quels sont donc les symptômes de l'hydroa ?

Deux ou trois jours avant l'efflorescence, le malade éprouve des malaises, du frissonnement, du prurit, des cuissons : tantôt, la température ne dépasse pas 38 degrés, tantôt, elle atteint 39°5 ; puis apparaît la localisation soit sur la peau et sur les muqueuses, ce qui est commun, soit sur les muqueuses uniquement, ce qui est beaucoup plus rare.

Sur la peau, elle s'annonce par l'apparition brusque de bulles citrines, hémisphériques, turgides, bombées, qui pendant les quarante-huit premières heures restent transparentes comme de l'eau de roche.

Celles-ci sont constituées, au début, par des soulèvements épidermiques faisant une saillie assez notable au-dessus des téguments voisins. Leur grosseur varie de celle d'un grain de mil à celle d'un petit pois. Elle sont ordinairement entourées d'une aréole rouge érythémateuse qui, cependant, ne s'observe pas à tous les éléments.

Au bout de deux ou trois jours, le liquide des bulles se trouble, devient louche, lactescent, puriforme ; les bulles elles-mêmes se flétrissent, pré-

sentent des plis, sont comme chiffonnées, puis la dessiccation commence. Quand elle est terminée, on se trouve en présence d'une croûte qui persiste cinq ou six jours, tombe et laisse à sa place une macule brune, pigmentée, sans cicatrice, pouvant persister parfois assez longtemps. Les croûtes sont minces, quelquefois proéminentes, souvent aussi encadrées par un anneau séro-purulent : dans ce cas, la lésion est vaccinoïde.

Sur les muqueuses, l'éruption ne revêt pas tout à fait la même apparence. Les bulles entourées d'un liseré rougent crèvent rapidement, les croûtes n'existent pas, elles sont remplacées par des ulcérations superficielles, recouvertes d'une fine fausse membrane d'aspect blanchâtre et opalin. Parfois, la lésion est à cheval sur la muqueuse et sur la peau ; la portion cutanée est croûteuse, sèche et la portion muqueuse est blanchâtre et humide.

La durée est ordinairement de quinze jours, mais d'autres fois elle se prolonge pendant trois semaines, un mois, six mois.

A mesure que la guérison s'opère, on voit l'aspect blanchâtre s'atténuer et disparaître, laissant une exulcération rouge et, en dernier lieu, une tache rouge persistant parfois assez longtemps et pouvant faire croire à l'existence d'ulcérations syphilitiques en voie de guérison.

Tel que nous venons de le décrire, l'hydroa marche rapidement. Après une première apparition de quelques vésicules, coïncidant avec un léger état

fébrile, on voit survenir une véritable explosion de bulles inégales. C'est la poussée principale qui s'accroît pendant le premier septénaire. Puis, après plusieurs jours, des poussées secondaires se produisent, légères, d'une durée de trois semaines à un mois et constituées par l'efflorescence de bulles peu nombreuses. Ces apparitions des éléments sont fréquemment précédées de malaises, de frissonnement, d'anorexie, coïncidant avec une faible azoturie et augmentation des matières colorantes de l'urine.

Dans son ensemble, la maladie évolue en peu de temps. Les lésions élémentaires elles-mêmes marchent d'une manière aiguë, contrairement à ce qui se passe pour le pemphigus vrai et pour d'autres maladies bulleuses.

Parlons maintenant de l'hydroa de la muqueuse buccale, et recherchons quels en sont les symptômes particuliers.

Voici ce que dit Bazin au sujet de l'éruption de la bouche : « La muqueuse buccale est affectée, l'éruption occupe de préférence la lèvre inférieure et la face interne des joues. La conjonctive peut être aussi le siège de l'éruption. »

Plus loin, le même auteur ajoute : « Sur la muqueuse, les vésicules sont blanchâtres, entourées d'une aréole violacée, les croûtes se détachent plus promptement. » Cette description ne rend point un compte suffisant des divers aspects que peuvent présenter les lésions buccales.

La lésion est essentiellement superficielle mais varie d'aspect suivant la région où on l'examine.

Aux lèvres, elle débute par une rougeur intense sur la ligne médiane et sur les côtés de la ligne médiane ; presque jamais elle ne siège primitivement au niveau des commissures, ce qui la distingue de certaines syphilides.

L'érythème est d'abord circonscrit, occupant tantôt la muqueuse seule, tantôt la muqueuse et la peau ; la rougeur est lie de vin ou couleur cerise.

Bientôt, dans les premières 36 heures, on voit se manifester un certain degré d'opalescence, assez analogue à l'opalescence des plaques syphilitiques. L'exulcération ne tarde pas à survenir et le passage des irritants alimentaires ou autres fait naître un léger suintement sanguin. A cette époque, qui est la période d'état, on voit la muqueuse des lèvres recouverte de croûtelles disséminées et présentant çà et là des fissures ; ces concrétions brunâtres circonscrivent des espaces opalino-blanchâtres et humides ; par places, existent des croûtes brunâtres constituées surtout par l'hépithélium desséché, emprisonnant de l'hématine et des globules rouges altérés. De plus, on trouve çà et là des débris ou de nouvelles poussées de vésicules plus ou moins transparentes ou opaques.

Le frein de la lèvre inférieure est d'abord le siège d'une rougeur ; à celle-ci succède une plaque blanchâtre puis une exulcération fissurée, saignant parfois.

La même lésion peut s'observer sur le frein de la langue ce qui provoque de la gêne et de la douleur lors des mouvements de l'organe.

Sur les gencives on aperçoit, en premier lieu, des taches qui deviennent blanchâtres, s'exulcèrent, qui ressemblent à des plaques de stomatite ulcéro-membraneuse, mais qui ne s'accompagnent pas d'une aussi grande fétidité.

A la langue, sur les côtés, à sa face dorsale, à sa face inférieure, on voit se produire des petites plaques blanchâtres exulcérées, simulant un point de muguet. Les exulcérations d'apparence pseudo-membraneuse sont rares et discrètes et la fausse membrane, excessivement mince, est constituée par une légère couche de fibrine englobant des cellules épithéliales.

A la voûte palatine, on aperçoit une rougeurérythémateuse, congestive, à la périphérie d'une tache au centre de laquelle existe une teinte opaline, avec lésions histologiques et de l'œdème de la muqueuse ; tantôt l'épithélium est à peine soulevé par une petite quantité de liquide qui se résorbe ; tantôt il se forme une exulcération à fond opalin ou blanchâtre.

L'énanthème buccal, comme on le voit, peut affecter tous les départements de la bouche, mais il a deux sièges préférés, à savoir : la muqueuse des lèvres et la face dorsale de la langue.

Il est une autre affection et qui se rattache presque intimement à celle de la bouche, c'est l'angine hydroïque. Elle est plus souvent secondaire, mais

elle peut être primitive et représenter toute la maladie. Elle débute par un malaise, un léger état fébrile. Le malade se plaint de dysphagie.

On n'observe jamais l'appareil fébrile intense d'un grand nombre d'angines aiguës, puis rapidement, dans les trois premiers jours, on constate sur le voile du palais, sur la luette, sur les amygdales, sur les piliers ou sur la paroi postérieure du pharynx, des exulcérations blanchâtres, arrondies, polycycliques, au nombre de deux ou trois, rarement plus nombreuses.

La rougeur est toujours localisée, jamais totale ou diffuse. On voit que l'altération consiste en exulcération, occupant les amygdales et les piliers ; dans ces deux points, la plaque est allongée, à bords irréguliers. La tuméfaction est toujours très modérée, la teinte est plutôt opaline, d'aspect blanchâtre, pseudo-membraneuse.

Les lésions du pharynx suivent à peu près le même cycle que les lésions buccales, sans grande élévation de température, sans troubles fonctionnels très accusés. Jamais la maladie ne prend une tournure grave qui pourrait faire craindre pour les jours du malade. On a quelquefois noté un peu d'albumine dans les urines.

L'évolution toute entière se compose de quatre phases inégales dans leur intensité et dans leur durée.

Première période, *érythémateuse*. — Elle ne reste que quelques heures à l'état de phase congestive, se montrant par plaques allongées, arrondies ou ova-

lares, dans les divers points de la cavité buccale. Très rapidement elle passe à la deuxième période.

Deuxième période, *érythémato-phlycténoïde*. — Sur les taches érythémateuses, on voit se produire un soulèvement des couches superficielles de la muqueuse qui aboutit tantôt à un exsudat superficiel muco-fibrineux, tantôt à un exsudat mixte, séro-fibrineux. Ces exsudats sont toujours à la surface, de peu d'épaisseur, ne forment pas de stratification comme dans la diphtérie, ou d'accumulation comme dans le muguet. A ce moment, on voit des vésico-phlyctènes dont les unes sont surtout composées d'éléments solides; les autres contiennent surtout des liquides.

Ces vésico-phlyctènes subissent des transformations successives, des changements cliniques à mesure qu'elles accomplissent le cycle évolutif. Voici, d'après Quinquand, la variation de leurs matériaux solides et de leurs substances minérales.

Matériaux solides

3 ^e jour de l'éruption:	1 ^{er} cas.....	1 gr. 4 o/o
—	: 2 ^e cas.....	1 gr. 2 —
—	: 3 ^e cas.	1 gr. —
5 ^e jour de l'éruption:	4 ^e cas.....	3 gr. 2 —
—	: 5 ^e cas.....	3 gr. —
—	: 6 ^e cas.....	3 gr. 5 —

8 ^e jour de l'éruption :	7 ^e cas.....	8 gr.	—
—	: 8 ^e cas.....	7 gr. 1	—
—	: 9 ^e cas.....	6 gr. 2	—

Substances minérales

3 ^e jour de la maladie :	1 ^{re} cas.....	0 gr. 10	—
—	: 2 ^e cas.....	0 gr. 08	—
5 ^e jour de la maladie :	3 ^e cas.....	0 gr. 22	—
—	: 4 ^e cas.....	0 gr. 20	—
8 ^e jour de la maladie :	5 ^e cas.....	0 gr. 45	—
—	: 6 ^e cas.....	0 gr. 47	—

Troisième période, *d'exulcération*. — L'épithélium se détruit ; alors apparaissent des plaques opalescentes, de formes différentes, simulant les plaques muqueuses humides, d'un blanc grisâtre, opalin.

Quatrième période, *de réparation*. — Les exsudats se résorbent, s'éliminent ; les exulcérations se montrent d'un rouge vif et se mettent peu à peu de niveau avec la surface de la muqueuse ; enfin, la cicatrisation termine le processus.

On retrouve encore, un mois ou deux après la fin, des sortes de macules, indices de transformations vasculo-hématiques.

Toutes ces lésions causent de la douleur, de la gêne de la mastication, surtout pour les solides. Les malades tiennent la bouche à demi-ouverte, ressentent des picotements, ont de la salivation plus ou moins abondante et du dégoût des aliments.

La période de réparation débute par places, au commencement du second septénaire ; alors, la rougeur diminue et avec elle les sensations pénibles et désagréables de la stomatite ; les croûtes tombent ; peu à peu, l'opalescence s'atténue et il ne reste plus que de la rougeur, puis, un aspect brunâtre. Cette dernière lésion peut se trouver plusieurs mois après la disparition. Il en est de même de la marche de l'évolution des autres plaques développées dans la cavité buccale.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE

Nous ne connaissons pas d'une façon certaine quelle est l'étiologie de l'hydroa, qui est rangé, pour cela même, dans la classe des érythèmes polymorphes dits idiopathiques.

Pour la plupart des auteurs contemporains l'érythème polymorphe idiopathique est le plus souvent une maladie infectieuse encore mal connue et les arthropathies concomitantes, que l'on observe en même temps que l'érythème, sont des manifestations pseudo-rhumatismales. Nous en avons un exemple très net dans deux de nos observations.

Les recherches bactériologiques de Haushalter, de Simon et de Legrain, sont venues apporter un certain appui à cette hypothèse. Dans deux cas d'érythème observés par le premier de ces auteurs, la culture des bulles, ainsi que l'urine des malades, a donné naissance, chaque fois, sur l'agar-agar, à des colonies qui se présentaient, au bout de quelques jours sous l'aspect de pellicule d'un blanc sale. Une parcelle de ces colonies, examinée au microscope, se

montrait formée de microcoques arrondis, isolés ou réunis deux par deux de $0,8 \mu$ à 1μ . Des injections sous-cutanées ont été pratiquées chez plusieurs cobayes avec ces cultures ; sur quatre cobayes inoculés, deux sont morts au bout de dix heures. Mais, en revanche, les essais de culture avec le sang des malades ont été très infructueux et les inoculations n'ont pas produit, chez l'animal, d'éruption analogue de celle de l'érythème polymorphe. Le problème n'est donc pas résolu par des recherches aussi peu probantes :

D'autre part, on a beaucoup de tendance à admettre aujourd'hui que le rhumatisme est une maladie infectieuse, bien que son microbe spécifique n'ait pas encore été découvert. Pour rejeter la nature rhumatismale de l'érythème polymorphe dit idiopathique, il faudrait prouver que l'agent pathogène trouvé dans les efflorescences de l'érythème polymorphe est différent de l'agent pathogène du rhumatisme ; c'est ce qui n'a pas été fait.

Nous pouvons donc dire, avec le professeur Gauthier, que l'hydroa est généralement de nature rhumatismale tout comme les arthropathies, les complications cardiaques et pleurales qui l'accompagnent si souvent.

Ce n'est pas en tout point l'opinion du professeur Besnier qui dit : « Le rhumatisme vrai n'a pas l'érythème polymorphe au nombre de ses manifestations, mais il peut se produire comme dans tout autre état infectieux, soit directement, par son principe propre,

soit plus ordinairement, selon toute vraisemblance, à titre secondaire, soit en provoquant une infection deutéropathique, soit en rendant ce sujet impressionnable aux actions médicamenteuses.»

Il est possible, d'ailleurs, que l'agent parasitaire infectieux de l'érythème polymorphe ne soit pas toujours le même. Le professeur Landouzy a soutenu récemment l'origine tuberculeuse de certains érythèmes polymorphes et le professeur Gaucher lui-même a observé un cas d'érythème polymorphe qui était vraisemblablement en rapport avec la tuberculose.

Il ne faudrait pas confondre l'hydroa vrai appelé autrefois herpès-iris ou en cocarde par Bateman, avec une autre affection décrite par Bazin sous le nom d'hydroa vacciniforme qui a une tout autre origine. C'est, en effet, un érythème de cause externe produit par les rayons du soleil, surtout au printemps et en été, sur certains sujets prédisposés, en particulier sur les enfants.

L'origine rhumatismale n'entre ici aucunement en cause et il ne faudrait pas que la même dénomination fasse penser à une affection de même origine.

L'hydroa s'observe à tous les âges, chez les deux sexes indifféremment, et dans toutes les conditions. On retrouve, il est vrai, assez souvent des causes occasionnelles, mais elles sont banales : un travail pénible, des veilles, l'exposition à une température élevée, des émotions vives.

Si nous nous basons sur le résultat que nous

donne la lecture de nos observations, nous pouvons croire que les manifestations buccales de l'hydroa s'observent surtout dans l'âge adulte, car nous n'avons pas trouvé un cas de stomatite ni chez un enfant ni chez un vieillard.

L'hydroa et en particulier la stomatite hydroïque, est loin d'être une affection fréquente. Nous avons consulté toutes les fiches de la polyclinique du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis ; sur 156 cas d'érythème polymorphe, nous n'avons trouvé que huit observations où il était fait mention des lésions buccales de l'hydroa.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Maintenant que nous connaissons bien les lésions buccales de l'hydroa, que nous en savons l'origine probable, il nous faut énumérer les lésions qui ont une certaine ressemblance avec la stomatite hydroïque et qui pourraient être confondues avec elle.

Il importe, avant d'entrer plus avant dans l'étude de ce diagnostic différentiel, de bien se rappeler l'évolution et les trois stades de la stomatite de l'hydroa : le stade érythémateux où de petits disques congestifs se produisent sur la muqueuse ; le stade vésiculeux où l'épithélium se soulève par le fait d'une exsudation séreuse sous-jacente, puis très rapidement se crève et s'affaisse en recouvrant la surface éruptive d'un revêtement membraneux ; le stade érosif où, après émiettement et séparation de cette couche épithéliale, le derme apparaît à nu.

Après cet énoncé, examinons les principales lésions, qui peuvent donner le change et égarer le diagnostic.

La première et la plus importante, est la *plaque*

muqueuse buccale. Fournier a qualifié l'hydroa buccal du nom de « sosie de la plaque muqueuse buccale ». En effet, il la simule parfois à ce point qu'il lui est, non pas semblable, mais rigoureusement identique. Cet énanthème hydroïque est essentiellement syphiloïde et syphiloïde au suprême degré. Il simule la plaque muqueuse avec une identité objective absolue. A ce point qu'à première vue, tout le monde, sans exception aucune, s'y laisse prendre et diagnostique syphilis sans hésitation comme sans arrière-pensée. L'erreur est non pas possible mais fatale. *A fortiori*, est-elle commise par les médecins qui n'ont aucune notion de l'hydroa. Aussi, les méprises sont-elles absolument communes en l'espèce ; méprises qui peuvent être grosses de conséquences, n'aboutissant à rien moins que de voir la vérole là où elle n'est pas.

Or, à ce propos, nous croyons pouvoir relater le fait suivant raconté par le professeur Fournier :

Il y a une quinzaine d'années, je fus mandé dans une excellente et patriarcale famille bourgeoise, que je trouvais littéralement dans la consternation. Il y avait là une jeune fille de dix-sept ans, que l'on croyait affectée de la syphilis. Et cependant cette jeune fille, élevée au foyer paternel, était à l'abri de tout soupçon. On se perdait en conjectures, ne mettant pas en doute, d'ailleurs, le diagnostic du médecin de la famille, qui s'était prononcé catégoriquement et avait énoncé la syphilis indéniable bien que sans explication possible, de par une série de plaques muqueuses buccales.

J'examinai la malade et je confesse que ma première impression fut absolument conforme au diagnostic que l'on avait énoncé. Toutes les lésions buccales, que je voyais sur les lèvres, sur la langue et sur le voile du palais, étaient bien des plaques muqueuses ; elles en avaient tous les caractères objectifs, impossibles à nier.

Mais alors, en recherchant des signes confirmatifs de ce diagnostic sous forme d'autres accidents de la syphilis, soit actuels, soit antérieurs, je n'en trouvais pas le moindre. Puis, d'autre part, dans cette recherche, je rencontrai ce qui fut pour moi un trait de lumière, à savoir : d'une part, plusieurs macules d'un rouge sombre sur la face dorsale de l'un et l'autre métacarpe, vestiges de « boutons » qui s'étaient produits là récemment ; et, d'autre part, au niveau du bord cubital du poignet et masquée par un bracelet, une petite papule à centre vésiculeux. Plus de doute, c'était là de l'hydroa buccal et les prétendues plaques muqueuses buccales, qui avaient surpris le diagnostic de mon confrère et le mien, n'étaient rien autre qu'un énanthème hydroïque.

En effet, les lésions buccales disparurent en quelque jours sous l'influence de soins locaux. Et quant à la syphilis, il n'en fut plus jamais question, pour la bonne raison qu'elle n'existait pas en l'espèce.

Si semblables que soient les deux lésions, l'objectivité reste-t-elle impuissante à établir de l'une à l'autre quelques différences ? Non, et préciser ici sera de rigueur.

Alors qu'il est jeune, l'énanthème buccal peut être

reconnu, soupçonné tout au moins, par les trois caractères que voici :

1° Il est plus rouge, plus inflammatoire d'aspect que ne l'est jamais la plaque muqueuse. Il offre une teinte animée, presque dénonciatrice. Il est positivement trop rouge pour être confondu avec une syphilide. Mais cet aspect inflammatoire n'a qu'un temps ; il s'atténue en quelques jours, au delà desquels la plaque hydroïque n'est plus que rouge à la façon de toutes érosion. Ce n'est donc là qu'un signe éphémère.

2° De même, quand il est encore jeune, il peut offrir, à sa circonférence, une collerette ou quelques débris de collerette pseudo-membraneuse. Cette collerette est formée par des fragments non encore détachés de l'exfoliation épithéliale constitutive de la vésiculation hydroïque. Si minime soit-elle, cette frange membraneuse qui encadre l'érosion, elle n'en n'est pas moins significative ; car elle atteste un processus vésiculeux antérieur, lequel est une étape nécessaire à l'évolution hydroïque, tandis que la plaque muqueuse n'offre rien de semblable.

3° Il n'est pas impossible non plus qu'à une période jeune de la maladie, on rencontre dans la bouche, à côté d'érosion hydroïque, d'autres éléments hydroïques à l'état de vésiculation naissante avec épithélium encore distendu par un exsudat séreux ; ou bien à l'état de vésiculation fanée, avec épithélium affaissé sur le derme muqueux, à la façon dont l'épiderme s'affaisse sur un vésicatoire dont la phlyc-

tène vient d'être crevée ; les éléments hydroïques, facilement reconnaissables, servent alors de témoins pour attester la qualité hydroïque des érosions voisines.

Mais, dans une étape ultérieure, c'est-à-dire lorsque les lésions datent d'un huitaine environ, il n'est plus à compter sur les signes que nous venons de dire. L'objectivité n'a plus rien à offrir de spécial et le diagnostic doit se faire alors sur d'autres bases.

Comment ?

Deux ordres de cas sont possibles :

1° Dans le premier, l'énanthème buccal coïncide avec un exanthème hydroïque, Alors, nul embarras. Deux éruptions contemporaines se sont produites : l'une sur la bouche et l'autre sur la peau ; il est logique de les rapporter l'une et l'autre à une même origine (réserve faite pour l'hypothèse rigoureusement admissible mais plus qu'invraisemblable, d'une coïncidence morbide sur la possibilité de laquelle on sera d'ailleurs rapidement fixé par l'examen du malade au point de vue spécifique).

2° Dans le second cas, beaucoup plus rare, il existe un énanthème buccal sans éruption cutanée. Et alors, en l'absence de toute donnée sémiologique fournie par l'objectivité des lésions, le diagnostic repose tout entier sur la considération de savoir si le malade est ou n'est pas syphilitique.

S'il est syphilitique à une période où les éruptions secondaires soient possibles, rien de plus logique que de rapporter à la syphilis les lésions buccales.

Au contraire, s'il n'est pas syphilitique, il y a tout

lieu de conclure à la nature hydroïque de ces lésions, tout en réservant l'hypothèse d'une syphilis restée latente jusqu'alors. En vue d'en finir avec cette dernière hypothèse, on aura soin de s'abstenir de toute intervention spécifique et de mettre simplement le malade en observation. De la sorte, abandonnée à son évolution propre, la syphilis — si syphilis il y a — ne tardera pas à se trahir par quelques manifestations, comme inversement rien de spécifique ne se produira si la syphilis n'est pas en cause. Ce critérium d'évolution est, en l'espèce, le seul moyen d'élucider le diagnostic insoluble par d'autres voies.

La situation des ulcérations peut donner quelques renseignements supplémentaires. C'est ainsi que les lésions de l'hydroa sont plus diffuses, plus nombreuses que les plaques muqueuses. Aux lèvres, l'hydroa siège surtout à la partie médiane tandis que, au contraire, les plaques muqueuses occupent surtout les commissures.

En tout cas, plus la difficulté du diagnostic est grande, plus grande aussi doit être la prudence du médecin. Il vaut mieux attendre que se tromper, car l'erreur aurait un double désavantage : pour le malade d'abord, qui se croirait atteint d'une maladie grave qu'il n'a pas ; pour le praticien ensuite, qui verrait diminuer la confiance que l'on peut lui donner.

On pourrait confondre aussi les lésions hydroïques avec celles du *pemphigus* ; l'on sait que le pemphigus peut se développer sur les muqueuses dermopapil-

lares comme sur la peau, c'est-à-dire sur les muqueuses de la bouche, du pharynx, de la conjonctive, du vagin. Comme dans l'hydroa, ces lésions se présentent sous l'aspect de soulèvements bulleux qui sont remplacés par des exsudats blanchâtres, recouvrant une exulcération de la muqueuse. Mais le pemphigus n'offre pas le même aspect. Ce sont des bulles saillantes et non aplaties comme celles de l'hydroa ; elles ne présentent pas non plus, à leur pourtour, le cercle irisé de l'hydroa. De plus, les bulles du pemphigus sont ordinairement plus grosses que celles de l'hydroa. On en a vu de grosses comme une noisette et même une noix, tandis que dans l'exanthème hydroïque, les plus grosses sont comme un petit pois ou un haricot.

Dans l'*herpès*, les symptômes généraux sont ordinairement plus accentués : la douleur surtout est plus vive. Lorsque l'éruption est apparue, les bulles de l'*herpès* sont plus petites, plus nombreuses, plus rapprochées les unes des autres, presque confluentes. Les bulles hydroïques sont, au contraire, toujours en petit nombre, éloignées. Si nous examinons la lésion à la période d'ulcération, nous constatons deux particularités qui sont caractéristiques de l'*herpès*.

1° Le contour de la petite plaie est tourmenté, sinueux, presque géographique, figurant çà et là des segments de circonférence. Généralement on en observe plusieurs (polycyclisme), parfois on n'en observe qu'un ;

2° En second lieu, les segments arciformes qui pro-

jettent sur quelques points le contour de la lésion, appartiennent tous à de petites circonférences. Ils représentent, par exemple, ce que serait un segment de circonférence d'une tête d'épingle ou un grain de millet.

De plus, cet herpès peut occuper à peu près tous les départements de la bouche, mais il y a dans la bouche un siège par excellence qu'il affecte, au moins dix-neuf fois sur vingt : c'est la langue. Et sur la langue il a encore ses districts préférés ; le plus souvent, il se cantonne le long des bords latéraux de cet organe. L'hydroa occupe indistinctement la langue, les joues et le voile du palais et lorsqu'il siège sur la langue, c'est principalement sur la partie médiane que se trouvent les lésions.

L'aphte se différencie plus facilement que les lésions précédentes. Il a, en effet, une véritable individualité objective qui le différencie de l'hydroa. *Son orbicularité* : il figure une petite lentille correctement circulaire et il en affecte également le diamètre. *Son entaillure en cupule* : il s'enfonce en pente douce dans les tissus de la circonférence à son centre ; l'hydroa, au contraire, constitue des érosions plates. *Sa belle coloration jaune beurre frais* qu'il acquiert en raison d'un exsudat spécial, qui, pour quelques auteurs, serait presque pathognomonique ; les ulcérations de l'hydroa ont un fond rouge ou grisâtre. D'autre part, l'aphte est très douloureux, il est agaçant, énervant, sensible au contact des aliments et des boissons. De plus, quand il y a des

aphtes, il n'y a que dans la bouche que l'on trouve des ulcérations et des bulles, tandis que dans l'hydroa buccal, il y a le plus souvent, presque toujours, un exanthème cutané.

La perlèche peut aussi porter à la confusion ; mais son siège bien limité aux commissures labiales, sa bilatéralité, sa contagion guideront le diagnostic. Ensuite, la perlèche empiète rarement sur la muqueuse buccale, elle reste presque toujours une lésion cutanée.

La stomatite ulcéro-membraneuse peut être confondue avec la stomatite hydroïque, à la période exsudative. Mais l'on observe dans la stomatite ulcéro-membraneuse des symptômes généraux autrement graves que dans l'hydroa. L'haleine présente une fétidité spéciale, accompagnée de salivation abondante ; il y a de l'engorgement ganglionnaire. De plus, l'on ne voit aucune lésion cutanée qui ressemble à celles qui se trouvent dans la bouche.

La stomatite médicamenteuse, surtout la stomatite due à l'antipyrine, peuvent égarer le médecin. Le simple interrogatoire suffira pour savoir si le malade a pris ou non des substances susceptibles de produire des éruptions.

Il en sera de même pour une *érosion* simple ou bien une ulcération d'origine dentaire. Elles sont, en plus, de très étroite étendue ; elles sont plus rouges, plus inflammatoires, elles ont plus de durée. Il n'y a pas eu de bulles avant l'ulcération. Dans le second cas, lorsque c'est par le contact d'une dent, soit déviée,

soit ébréchée que l'ulcération s'est produite, la relation de contiguité de la lésion avec la dent coupable forme le diagnostic.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de l'hydroa est des plus simples. Généralement, on est d'accord pour prescrire aux malades un régime excluant de l'alimentation toute substance propre à troubler le fonctionnement de l'appareil digestif, ou à introduire dans l'économie des principes toxiques, et ceci est parfaitement justifié. C'est aussi une règle de remédier aux troubles gastro-intestinaux et de régulariser les fonctions de l'estomac ou de l'intestin s'il y a lieu ; on emploiera donc les divers moyens usités en pareille circonstance (antiseptiques intestinaux, laxatif, etc.)

Dans le but de favoriser l'élimination des substances toxiques, il est bon, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, d'administrer un purgatif salin ; sur ce point on trouvera d'accord les divers auteurs qui traitent de l'hydroa. Enfin, Brocq préconise fréquemment dans ces érythèmes, des médicaments vaso-moteurs et ce que nous avons dit du mode pathogénique rend parfaitement compte de l'opportunité de cette méthode :

On prescrira, par exemple, chaque jour, 4 à 6 des pilules suivantes :

Sulfate de quinine.....	}	a a 10 cgr.
Ergotine		
Extrait de Belladone.....		
Pour une pilule.		1 cgr.

A ce propos, il n'est pas inutile d'insister sur les sels de quinine qui trouveront leur indication dans l'hydroa, non seulement comme vaso-moteurs mais comme antithermiques, quand il y a de la fièvre.

Nous ajouterons qu'en dehors des poussées d'hydroa, il est bon de surveiller l'état général des malades et de les traiter comme il convient; aux anémiques, on prescrira l'huile de foie de morue, les ferrugineux; aux scrofuleux, l'arsenic; aux arthritiques, les sels de soude et de lithine.

En dernier lieu, nous insisterons sur ce fait qu'il faut éviter les médications intempestives, qui ne pourraient être que nuisibles. Aussi, il faut se mettre en garde, tout particulièrement, contre l'iodure de potassium qui a été préconisé par Villemain.

Si l'iodure de potassium peut, en effet, rendre quelques services dans les cas d'érythème à évolution lente et à tendances non exsudative, il faut bien savoir qu'il est souvent nuisible et qu'il aggrave singulièrement la dermatose, lorsque l'évolution revêt le type vésiculo-bulleux.

Comme traitement local, on doit donner des gargarismes émollients ou des lavages antiseptiques, soit

avec une solution d'acide borique ou d'eau oxygénée.
Le malade prendra des tisanes de violette, de coquelicot, de carragahéen, etc., etc.

CHAPITRE VI

OBSERVATION I

(Quinquand.)

Malade de vingt-cinq ans, ayant eu antérieurement plusieurs poussées analogues. L'éruption actuelle date d'une quinzaine de jours; elle est absolument classique par son aspect et ses localisations : anneaux érythémato-vésiculeux, concentriques, sur la face palmaire et plantaire des mains et des pieds. Placard érythémateux avec soulèvement bulbeux aux coudes, aux genoux et aux régions suscalcanéennes ; bulles avec ou sans aréoles érythémateuses disséminées en petit nombre sur les membres inférieurs. La face et les conjonctives sont respectées.

L'affection est surtout remarquable par l'intensité des lésions buccales.

La face interne des joues, la voûte palatine et les piliers sont le siège d'une stomatite intense, caractérisée par de la rougeur, de la tuméfaction et des ulcérations d'aspect pseudo-membraneux ou recouvertes d'épithélium en exfoliation. Le maximum des lésions se voit sur la langue qui est tuméfiée et porte sur les bords des crêtes pseudo-membraneuses, par

impression des interstices dentaires. La face dorsale de la langue est parsemée d'anneaux hydroïques comparables à ceux des mains ; avec cela, légère salivation, douleurs, déglutition difficile.

Ces localisations buccales pourraient en imposer pour une stomatite d'une autre nature, (mercurielle ulcéro-membraneuse) et surtout pour la syphilis.

Le diagnostic se fait avec une entière certitude par le simple examen des lésions cutanées concomitantes.

OBSERVATION II (Inédite)

N° 12.974.

Émile N..., ving-cinq ans, le 18 novembre 1908.

Depuis un an a eu trois poussées d'érythème polymorphe. La première, qui remonte à un an, a été localisée dans la bouche ; la seconde a aussi en premier lieu été localisée dans la bouche ; il est apparu ensuite des éléments bulbeux sur les mains.

Actuellement et depuis dix jours, nouvelle poussée qui a commencé par la bouche et qui s'est étendue aux mains, deux jours après.

Les lésions occupent toutes les parties des mains, mais principalement la face palmaire des deux annulaires. Elles correspondent nettement à des bulles flétries et se présentent sous la forme de macules rougeâtres.

Dans la bouche, on trouve des phénomènes de stomatite (rougeur, salivation, douleur). Ils étaient plus accentués il y

a quelques jours. Un peu de fétidité de l'haleine. A la face interne des joues (partie antérieure) et sur les lèvres, érosions arrondies, qui ont pour origine des bulles d'hydroa rompues.

25 novembre 1908. — Les lésions buccales sont guéries. Celle des mains sont très améliorées.

30 novembre 1908. — Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION III (Inédite)

N° 12819.

Célestin D..., vingt-sept ans, journalier, le 21 novembre 1908.

Antécédents personnels. — Croup dans le jeune âge. Chancre il y a trois ans.

Soigné à la salle Casenove, on fit le diagnostic de chancre mou et il n'a jamais eu de traitement spécifique.

Il y avait un bubon du côté droit et même une sorte d'abcès sur le côté externe de la verge.

Pas de roséole ; pas d'éruption secondaire. Angine deux ou trois fois, soignée à Tenon, la dernière fois : on n'a pas songé à la syphilis.

Actuellement, vient à l'hôpital pour éruption discrète des avant-bras avec lésions buccales.

Les éléments des avant-bras datent de douze jours. Au début, c'étaient de tous petits éléments acuminés qui, paraît-il, ont suppuré. Il y a eu ensuite de petites croûtes. Ces éléments étaient prurigineux. Ils se sont élargis pour donner des taches arrondies érythémateuses (la plus grande de la largeur

d'une pièce de 1 franc) avec un point central qui correspond à l'ancien pourtour acuminé. Quelques éléments semblables sur le bras droit ; une quinzaine sur le bras gauche.

Dans la bouche, les lésions ont débuté il y a huit jours. C'est une éruption bulleuse caractérisée par des éléments presque confluent, situés à la face interne des lèvres et des joues en avant.

Il y en a aussi à chaque commissure. Beaucoup de ces élévations sont déjà affaissées et sont remplacées par un enduit blanchâtre.

Il y a de la douleur en mangeant. Il y a un élément sur la paupière gauche.

L'éruption a débuté trois jours après une angine, qui fut accompagnée d'une fièvre assez élevée. Elle fut soignée par des gargarismes et le malade ne prit aucun médicament interne.

Pas d'adénopathie cervicale ou épitrocléenne. Il y a un petit ganglion dans la joue gauche à 2 centimètres de la commissure labiale.

23 novembre 1908. — État gastrique prononcé ; on administre au malade une purgation, plus 60 cgr. de sulfate de quinine.

2 décembre 1908. — Sort guéri.

OBSERVATION IV (Inédite)

N° 5118.

Georges P..., trente-deux ans, comptable, le 8 mai 1905.

Entre pour lésions muqueuses et cutanées ayant débuté il y a huit jours. État fébrile et saburral. Fatigue.

A la langue. — Érosion peu profonde sur le bord droit de la langue; les bords en sont peu marqués. Le fond est opalin. La muqueuse voisine est opalescente. Il y a de la gêne des mouvements de la langue, le malade éprouve des sensations de brûlure à chaque déglutition.

Aux lèvres. — Érosion de la lèvre inférieure et suppuration.

Aux mains. — Le malade se plaint de sensation de chaleur et de douleur; le dos de la main est le siège d'une éruption caractérisée par des taches érythémateuses disparaissant à la pression. Certaines sont surmontées de bulles, dont quelques-unes sont en état de suppuration secondaire.

Les coudes et les genoux sont aussi le siège d'éléments érythématoïdes.

Pas de fièvre. Pas de diarrhée. Pas de syphilis.

Albuminurie légère.

Traitement. — Repos au lit. Enveloppement sec. Régime lacté.

4 mai 1905. — Le malade sort sur sa demande. Les lésions buccales sont presque complètement guéries. Les mains portent encore des taches érythémateuses. Les placards des coudes et des genoux desquament.

6 juin 1905. — Depuis sa sortie, le malade avait été bien portant, quand, il y a quinze jours, apparurent aux mains et aux genoux de nouvelles bulles. Les lésions sont actuellement en voie de cicatrisation.

24 juin 1905. — Sort guéri et va à Vincennes.

26 janvier 1906. — Troisième séjour. Le malade n'a pas eu de poussée depuis sa dernière sortie (24 juin 1905). Le début de la poussée actuelle date de quinze jours environ. Il y eut

un léger mouvement fébrile, puis l'apparition de bulles sur les mains.

Actuellement, sur la face dorsale des mains on aperçoit de larges bulles, mais ne contenant que très peu de liquide. Beaucoup sont desséchées et ont une couleur rouge violacée. Quelques-unes sont nettement en cocarde.

Mêmes lésions à la face dorsale des doigts. Quelques phlyctènes, affaissées pour la plupart, à la face palmaire des doigts avec coloration blanche.

Une vésicule desséchée et infectée à la commissure labiale gauche. Une bulle desséchée à la pointe de la langue.

Pas de fièvre. Digestion difficile. Quelques douleurs d'estomac.

Traitement. — Application de vaseline boriquée.

30 janvier 1906. — État stationnaire.

3 février 1906. — Amélioration notable, va à Vincennes.

OBSERVATION V (Inédite)

N° 8.902.

Marguerite V..., vingt ans, crémière, le 5 mars 1907.

Malade depuis neuf jours. Fièvre, anorexie. Depuis cinq jours, éruption cutanée papuleuse, dure au toucher, légèrement douloureuse à la pression.

Les lésions siègent sur les oreilles, sur le menton, sur les genoux, autour des pieds, sur les mains et sur les poignets.

On trouve aussi quelques éléments à la paume des mains.

On remarque aussi des lésions sur les muqueuses: sur le pourtour des lèvres, sur la langue, la face interne des joues, les piliers du voile du palais.

Ces lésions ont l'aspect vésiculeux, elles sont très superficielles et érosives.

Sur la langue, on remarque des taches rose vif paraissant décapillées.

Traitement. — Purgatif.

8 mars. — Les lésions sont presque guéries.

10 mars. — La malade sort.

OBSERVATION VI (Inédite)

N° 300.

Jeanne S..., vingt ans, 5 janvier 1902.

La malade présente un érythème polymorphe induré, datant de six jours et récidivant pour la sixième fois depuis le mois d'août dernier.

Aucune cause d'intoxication n'est décelable. Pas de surmenage.

Elle entre avec de la fièvre, des douleurs rhumatismales. On remarque sur le dos des mains, sur la poitrine, et *dans la bouche* des plaques rouges infiltrées et douloureuses.

Elle sort sur sa demande avant la guérison.

OBSERVATION VII (Inédite)

N° 2.594.

Ferdinand Z..., quarante ans, le 2 mars 1904.

Syphilis en 1889, soignée à Saint-Louis pendant deux mois.

Traitement pendant un an par des pilules.

A eu, il y a sept ans, une poussée d'érythème polymorphe,

succédant à une attaque de rhumatisme et soigné dans le service.

Actuellement, présente un érythème localisé sur les deux bras et le long de la colonne vertébrale. On voit également, de chaque côté du cou, quelques bulles d'hydroa. Une bulle flétrie siège sur le voile du palais du côté droit.

Traitement spécifique mixte.

Sort le 13 avril pour aller se faire opérer d'une adénite inguinale droite subaiguë, probablement bacillaire.

OBSERVATION VIII (Inédite)

N° 16.837.

H..., vingt-cinq ans, infirmier, 16 mai 1910.

Depuis quelques jours, le malade présente des éléments d'érythème polymorphe sur l'avant-bras et sur le genou gauche.

Entre à l'hôpital, le 20 mai. Il présente à la face postérieure des deux avant-bras, des placards érythémateux dont plusieurs ont une forme en cocarde des plus nettes. Placards érythémateux en cocarde sur les deux genoux.

Aux commissures labiales est une grosse vésicule affaissée, laissant une pellicule blanchâtre d'aspect diphtéroïde.

7 juin 1910. — Le malade sort guéri.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer de cette étude les conclusions suivantes :

1° Que l'hydroa est une variété d'érythème polymorphe bien définie ;

2° Que ses lésions peuvent siéger sur la peau et sur les muqueuses et en particulier sur la muqueuse buccale où elles forment un ensemble de symptômes tout particulier ;

3° Que son étiologie n'est pas encore définitivement et sûrement connue, quoiqu'il y ait cependant beaucoup de preuves pour quelle soit d'origine rhumatismale ;

4° Que la stomatite de l'hydroa est une affection assez rare et des plus bénignes ;

5° Qu'il importe au plus haut point d'en connaître toutes les manifestations et les symptômes, afin de ne pas la confondre avec d'autres lésions de la bouche pouvant avoir avec elle quelques ressemblances, avec la plaque muqueuse en particulier.

Vu : le Président de la thèse,

E. GAUCHER

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — *Soc. franc. de Derm.*, 8 janvier 1903.
- BAUDOIN. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1890.
- BAZIN. — *Leçons théoriques et cliniques sur les Affections génériques de la peau*, 1862, p. 132.
- BODIN. — *Pratique dermatologique*, t. I.
- BROCQ. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1894.
— *Journal des Maladies cutanées et syph.*, 1895.
— *Traité de Dermatologie*.
- BESNIER et DOYON. — *Traduction et annotation des leçons sur les Maladies de la peau de Kaposi*, 1891, t. I, p. 847.
- CASTEL. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1893, p. 847.
- DUHRING. — *Traité pratique des Maladies de la peau*, annoté et traduit par Barthélemy et Colson, p. 259.
- FOURNIER. — *Traité de la Syph.*, t. I.
- GUILBERT et TOINOT. — *Traité des Maladies de peau*.
- GAUCHER. — *Traité des Maladies de peau*.
- HARDY. — *Traité pratique et descriptif des Maladies de la peau*, 1886, p. 250.
- HAUSHALTER. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1887, p. 686.
- HILLARET et GAUCHER. — *Traité des Maladies de la peau*.
- LENOIR et VIDAL. — *Traité descriptif des Maladies de la peau*, 1889-1894.
- PANICHI. — *Giornale Ital. delle Molot. Venera a della pelle*, 1903.
- QUINQUAND. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1882, p. 269.
— *Bulletin médical*, décembre 1888.

— *Annales de Derm. et Syph.*, 1889, p. 789.

— *Bull. Soc. Derm.*, 1896, p. 38.

SIMON et LEGRAIN. — *Annales de Derm.*, 1888.

TILBURY et FOX. — *Arch. of Dermatology*, janvier 1886.

